
De nouvelles formes de « travail ensemble » ?

Marc FOURDRIGNIER,
Sociologue, Maître de Conférences.
Laboratoire d'Etude et de Recherche sur les Professionnalisations
(LERP, JE 2537), Université de Reims Champagne Ardenne, France.

Le « travail ensemble » est inhérent à l'intervention sociale. Cependant selon les époques et les conditions sociales, économiques et idéologiques les formes qu'il peut prendre sont variables. Quelles sont les formes qui aujourd'hui sont en recul ? Quelles sont celles qui émergent ?

Ce travail s'inscrit dans une réflexion ancienne³ sur le partenariat et le réseau dans l'action sociale. Au fil du temps et de l'emploi généralisé – pas toujours maîtrisé – de ces notions, il nous est apparu nécessaire de les clarifier et de les inscrire de manière plus large dans ce que nous appellerons le « travail ensemble ». Nous considérerons que cette modalité d'intervention est inhérente à l'action sociale et que tout intervenant social a – à un moment ou à un autre – besoin de travailler « ensemble » pour ne pas dire « travailler avec » (l'utilisateur, la famille, le collègue, le chef, les autres partenaires...).

Ce « travail ensemble » peut trouver sa légitimité à trois niveaux différents :

- Les pratiques en elles-mêmes le requièrent. La situation d'un usager, d'une institution, d'un territoire peuvent nécessiter que plusieurs personnes (professionnels, bénévoles ou volontaires...) travaillent ensemble pour l'améliorer.
- Les organisations peuvent également, selon leur état de santé, leur position dans un champ donné (monopole, situation dominante, situation dominée...) et leurs stratégies, promouvoir des formes plus ou moins abouties de « travail ensemble » que ce soit en interne ou en externe.
- Les politiques publiques, selon les époques, peuvent aussi suggérer, induire ou contraindre au « travail ensemble ».

³ FOURDRIGNIER, M. Partenariat et droits des usagers. in Ministère de l'Education Nationale, D.L.C., MAFPEN Créteil, Paris, Versailles, CNRSMS. Actes du colloque Précarité et action sociale. Paris, 1996,71- 76.

Ces trois niveaux ne sont ni toujours cohérents, ni toujours synchrones. Cela peut permettre de comprendre les injonctions paradoxales auxquelles sont soumis les intervenants sociaux.

De plus, ce travail peut aussi se construire à partir d'influences externes. Des formes de « travail ensemble » qui relèvent d'univers industriel et commercial émergent par la sous-traitance ou la prestation par exemple. Se développent alors des injonctions au « travail ensemble » et du « détournement » de la notion de coopération comme moyen de restructuration des secteurs sanitaires et sociaux. Néanmoins des formes alternatives peuvent encore se développer par le biais du travail de liaison.

Pour aborder ces différents points, trois objectifs sont poursuivis dans ce texte :

- Identifier les trois grandes périodes qui se sont succédé : celle du travail d'équipe et de la pluridisciplinarité ; celle du partenariat et du réseau à partir du milieu des années 80 et celle de la coopération à partir de la fin des années 90.
- Faire un bilan des trois grandes formes qui coexistent aujourd'hui, interroger le décalage entre les temporalités des politiques publiques et celles des pratiques professionnelles et analyser l'irruption de nouveaux acteurs que sont les usagers et les familles.
- Prendre en compte les transformations de l'intervention sociale à travers le prisme des nouvelles formes du « travail ensemble » .

Ces trois objectifs sont déclinés en trois temps : d'abord identifier, dans le contexte français, les trois grandes périodes qui se sont succédé dans le champ des politiques publiques notamment. Puis proposer, à partir de trois critères, une typologie du « travail ensemble » avant de montrer comment émergent aujourd'hui de nouvelles formes.

1. Trois périodes du « travail ensemble »

Si l'on prend un peu de recul dans le contexte français, on peut dire que, globalement, trois périodes sont à distinguer. Les deux coupures retenues correspondent l'une et l'autre à un changement de position de l'Etat. Il devient décentralisateur au début des années 80 et il se transforme en gestionnaire au début des années 2000.

1.1. Avant les années 80

L'Etat est alors le principal acteur de l'action sociale, notamment par l'instauration de la polyvalence de secteur sur la base de la circulaire du 22 octobre 1959. Elle est définie de la manière suivante : « *Elle met à la disposition des usagers des assistantes sociales capables d'avoir une vue d'ensemble de leurs problèmes sanitaires, sociaux, économiques, psychologiques et de les aider à mettre en œuvre les moyens d'y porter remède avec le concours éventuel des services spécialisés* »⁴. En 1964, l'État se réorganise et crée les DDASS (Directions départementales de l'action sanitaire et sociale) placées sous l'autorité renforcée des préfets. « *Un service social départemental unique est créé dans chaque département : il s'agit d'équiper, de couvrir les départements en assistantes sociales polyvalentes et de les implanter territorialement. La polyvalence devient le pivot d'un travail d'équipe pluridisciplinaire* ». C'est donc la première forme de « travail ensemble » qui va se développer au sein des circonscriptions d'action sociale, consacrée dans une circulaire de 1975. Elles incitent à développer le travail entre les différentes professions sociales (assistants de service social éducateur, puéricultrices,...).

Dans le champ éducatif, la loi du 30 juin 1975⁵, est venue consacrer le modèle de l'institution au sens quasi goffmanien du terme. « *Sont des institutions sociales et médico-sociales (...) tous les organismes (...) qui (...) mènent, avec le concours de travailleurs sociaux, d'équipes pluridisciplinaires, des actions à caractère social ou médico-social (...)* ». Cela va renforcer là aussi le travail pluridisciplinaire en lien avec le travail d'équipe qui va surtout caractériser le champ éducatif et les institutions. Certains courants, notamment celui de la pédagogie institutionnelle, conduiront à une conception très large de l'équipe éducative puisque tout salarié est potentiellement éducateur ou soignant.

⁴ Lien social. Quel avenir pour la polyvalence de secteur ? 708, 6 mai 2004.

⁵ Les principaux textes cités sont repris en annexe.

Dans certaines institutions, éducateurs, psychiatres, paramédicaux et psychologues seront amenés à travailler ensemble ; dans d'autres, la division du travail restera forte notamment entre les médicaux et les paramédicaux ; c'est de là que va venir la différence, encore présente aujourd'hui, entre la culture hospitalière – qui ne se limite pas à l'hôpital - et la culture médico-sociale.

Cette première période est en phase avec la position de l'Etat, « grand organisateur » de l'action sociale, et avec les professions sociales créées et développées dans le courant des années 60, commencent dans les années 70 à se penser ensemble à travers la réémergence de la notion de travail social. A ce moment, la question des droits des usagers et de la participation des habitants ne se pose pas encore au regard de la place qu'occupent alors les principales institutions et selon la conception dominante de l'autorité. Les institutions et les professionnels occupent, en effet, une position centrale. Mais des modifications vont rapidement se produire.

1.2. De 1980 à 2000

Dans cette période, de nouvelles formes de « travail ensemble » émergent dont le partenariat et les réseaux. Apparaît en premier le partenariat. Cela va se concrétiser dans deux domaines en particulier :

- Les politiques de développement social : dès 1982, elles vont mettre l'accent sur la nécessité du partenariat sur un territoire (commissions locales de développement social des quartiers, comités de pilotage des contrats de ville...). Ces politiques se développent au fil du temps dans les dispositifs liés à l'école (par les zones d'éducation prioritaire et les comités d'environnement social), et à la prévention de la délinquance (conseil communal de prévention de la délinquance). A la fin des années 90, cette tendance se prolonge par exemple, avec la mise en place des contrats locaux de sécurité et des dispositifs de lutte contre la violence à l'école.
- Les politiques d'insertion : les réponses à la question de l'insertion des jeunes vont s'inscrire dans cette dynamique du partenariat (crédit formation individualisé, groupement opérationnel de zone...). La consécration viendra avec le vote de la loi sur le RMI (Revenu Minimum d'Insertion) en 1988. Le partenariat est alors décliné à tous les niveaux, depuis les ministères, par l'interministérialité (la délégation

interministérielle au RMI), jusqu'au local (la commission locale d'insertion "*chargée d'animer le partenariat local*"), en passant par le départemental (le Conseil départemental d'insertion). La circulaire du 14 décembre 1988 relative à la mise en place du R.M.I. affirme très clairement le principe du partenariat : "*Le R.M.I. suppose une mise en œuvre partenariale entre l'Etat, les collectivités locales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, la mutualité, les organismes et associations agissant en vue de l'insertion sociale et professionnelle*". La loi du 29 juillet 1998 d'orientation de lutte contre les exclusions se situera dans la continuité.

Par la suite, vont émerger les premières formes d'institutionnalisation des réseaux. A la fin des années 80, le développement de nouvelles pathologies met à mal les réponses existantes. C'est notamment le cas pour le VIH, l'hépatite B, la toxicomanie. C'est dans ce domaine que seront réalisées les premières expériences de réseau : les réseaux ville-hôpital. Elles seront ensuite institutionnalisées dans le champ de la santé, au milieu des années 90, et se développeront dans d'autres domaines : les réseaux précarité, voire « santé-précarité » et le champ de la parentalité avec les REAAP (Réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents).

Pour autant, ces nouvelles formes ne remplacent pas les formes dominantes de la première période. Des interactions et des influences se développent. L'ouverture des institutions sur leur environnement devient une nécessité et oblige à travailler avec d'autres institutions et d'autres partenaires. C'est, par exemple, le cas pour la prise en charge des enfants handicapés : on peut passer d'une classe intégrée au sein d'un établissement spécialisé (l'enseignant devenant membre de l'équipe pluridisciplinaire) à un dispositif d'intégration scolaire qui exige un travail commun entre l'équipe de l'établissement scolaire et l'équipe du service d'éducation spéciale et de soins à domicile. De même, après la décentralisation, les circonscriptions d'action sociale peuvent dépendre du Conseil Général ou de certaines associations. Les uns et les autres sont appelés à travailler ensemble.

Pour tout le monde, une nouvelle question se pose : la place des usagers, des parents, des habitants. Elle se présente différemment selon les secteurs. Certains (les dispositifs de la politique de la ville, les centres sociaux, les acteurs du développement local), la comprennent comme une injonction à la participation dès le début des années 80, qui est régulièrement rappelée parce qu'elle reste problématique. D'autres (les établissements sociaux et médico-sociaux, les hôpitaux, les services de la protection de l'enfance...) la comprennent comme l'affirmation du droit des usagers, de la vogue de « l'usager au centre »... ceci réinterroge les modalités du « travail ensemble » qui historiquement et culturellement n'a pas cette dimension : c'est le défi du passage du « travail pour » au « travail avec » pour les professionnels et leurs établissements ou services.

Sur le plan théorique, l'apparition de ces nouvelles formes du « travail ensemble » s'inscrivent dans l'émergence des nouveaux modèles d'intervention sociale, dénommés « politique sociale territoriale »⁶ ou « travail social territorialisé »⁷ ou « social du troisième type »⁸. Le partenariat devient alors un nouvel instrument de l'action publique et le réseau, un outil de décloisonnement et d'articulation des pratiques d'organisations distinctes.

Deux points sont à souligner. Le contexte est la transformation de l'Etat ; dont trois modalités nous intéressent particulièrement. La première est relative à la décentralisation. L'Etat n'est plus le seul maître du jeu. Même si les collectivités locales n'ont que des compétences de mise en œuvre, elles prennent une place croissante ; ce qui amènera même à envisager des collaborations entre l'Etat et les collectivités locales, dans le cadre de ce que l'on a appelé les compétences conjointes (comme le volet insertion du RMI). La deuxième est relative à la modernisation de l'Etat. A travers ces nouveaux outils, il s'agit aussi de transformer les modalités de l'action publique, y compris dans les rapports entre administrations et usagers. La troisième est relative à l'émergence d'une nouvelle fonction de l'Etat et à l'apparition de ce que Jacques DONZELOT a appelé « l'Etat animateur ». De là à dire que lui aussi devient partenaire ...en même temps émergent de

⁶ AUTES, M. *Les paradoxes du travail social*. Paris, Dunod, 1998.

⁷ HAMZAOU, M. *Le travail social territorialisé*. Bruxelles, Editions de l'université libre de Bruxelles, 2002, 189 p.

⁸ DONZELOT, J. Le social du troisième type in DONZELOT, J (Dir). *Face à l'exclusion*. Editions esprit, collection société, 1991, 15-39.

nouveaux acteurs, ce qui a souvent été souligné dans la formule « tout un chacun est amené à intervenir dans le social ». Ces acteurs sont d'abord des institutions : la police, l'éducation nationale, les sociétés de transport, les sociétés d'habitat social... puis aussi les intervenants sociaux que l'on cherche à distinguer des travailleurs sociaux⁹.

Tous ces éléments viennent compliquer les modalités du « travail ensemble », tant par le fait que les acteurs se multiplient que parce qu'ils se diversifient. On s'éloigne de l'entre-soi cher au travail social. Les pratiques ont alors du mal à être au rendez-vous de la multiplication de ces injonctions. Comment les choses vont-elles évoluer avec le changement de siècle ?

1.3. A partir des années 2000

Dans cette dernière période, plus difficile à analyser puisque plus contemporaine, nous proposerons l'hypothèse suivante : les incitations au partenariat sont en recul au profit d'autres formes de « travail ensemble » moins volontaires, notamment la coopération.

Cette notion de coopération émerge dans les politiques publiques au milieu des années 90 dans le champ de la santé : elle prend la forme du groupement de coopération sanitaire. Celui-ci a alors pour finalité de réaliser et gérer des équipements d'intérêt commun et de constituer un cadre d'interventions communes des personnels médicaux et non médicaux. D'une autre manière, il vise à engager le mouvement de recomposition de l'offre de soins et la restructuration hospitalière ; le groupement de coopération pouvant constituer l'étape préalable à la fusion. Ce même modèle va être utilisé dans le champ social et médico-social puisque la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale introduit dans son article 21 des possibilités de coopération, de regroupements et de fusions.

En soi, la création de ces groupements n'est pas un problème, il peut être nécessaire voire souhaitable, de développer des formes de coopération pour mieux travailler ensemble. C'est plutôt l'usage qui en est fait par les collectivités publiques qui pose question. A travers les schémas d'organisation sociale et médico-sociale peuvent être

⁹ CHOPART, JN. (Dir). *Les mutations du travail social*, Paris, Dunod, 2000, 303 p.

envisagées « *des opérations de coopération, de regroupement ou de fusion compatibles avec le développement de l'offre sociale* ». Nous y reviendrons.

Cette transformation des formes du « travail ensemble » est à relier, comme précédemment, aux conditions socio-historiques et idéologiques. Trois points doivent être soulignés. L'Etat se transforme profondément. Il n'est plus « l'animateur » de la période précédente. Pour reprendre l'expression de Renaud EPSTEIN¹⁰, l'Etat se retire des territoires et se met à gouverner à distance. Il se transforme aussi dans la mesure où il passe à une « culture de la performance ». Enfin, les relations avec les associations se modifient ; la préférence et le particularisme associatifs sont remis en cause.

¹⁰ Gouverner à distance. Quand l'Etat se retire des territoires. *Esprit*, novembre 2005.

Encadré : La définition légale du groupement de coopération sociale et médico-sociale

Source : Art 21 de la loi du 2 janvier 2002 modifié (art L 312-7 du Code de l'action sociale et des familles).

« Afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 ou les personnes physiques ou morales qui peuvent être gestionnaires au sens de l'article L. 311-1 ainsi que les personnes morales ou physiques concourant à la réalisation de leurs missions peuvent : (...)

3° Créer des groupements de coopération sociale ou médico-sociale. Outre les missions dévolues aux catégories de groupements mentionnées au 2°, le groupement de coopération peut :

Permettre les interventions communes des professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, des professionnels salariés du groupement ainsi que des professionnels associés par convention ;

Etre autorisé ou agréé au titre de l'article L. 7232-1 du code du travail, à la demande des membres, à exercer directement les missions et prestations des établissements et services énoncés à l'article L. 312-1 et à assurer directement, à la demande de l'un ou plusieurs de ses membres, l'exploitation de l'autorisation ou de l'agrément au titre de l'article L. 7232-1 précité après accord de l'autorité l'ayant délivrée ;

Etre chargé de procéder aux fusions et regroupements mentionnés au 4° du présent article ;

Créer des réseaux sociaux ou médico-sociaux avec les personnes mentionnées au premier alinéa et adhérer à ces mêmes réseaux ou aux réseaux et groupements de coopération ou d'intérêt public prévus au code de la santé publique.

Ils peuvent être constitués entre professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux et sanitaires, entre ces professionnels, les établissements et personnes mentionnés au premier alinéa et les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique. Peuvent y être associés, par conventions, des professionnels médicaux et paramédicaux du secteur libéral ou du secteur public n'exerçant pas dans les établissements et services des membres adhérents.

4° Procéder à des regroupements ou à des fusions.

Afin de favoriser les réponses aux besoins et leur adaptation, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale peuvent envisager les opérations de coopération, de regroupement ou de fusion compatibles avec les objectifs de développement de l'offre sociale

2. Une typologie du « travail ensemble »

Dans la situation actuelle, que peut-on dire du « travail ensemble » ? Ses formes se sont diversifiées et il faut en prendre acte. Pour y voir plus clair, il est proposé d'élaborer une typologie. Pour ce faire, trois critères seront d'abord définis pour distinguer le « travail ensemble » intra organisationnel et inter organisationnel.

2.1. Trois critères

Trois critères nous permettent de construire cette typologie : l'organisation, les statuts des personnes et le contenu de leur relation.

- L'organisation : le « travail ensemble » peut se faire au sein de son organisation ou avec une autre organisation. Dans les deux cas, il ne peut être ni de même nature, ni répondre aux mêmes exigences notamment au regard de la contrainte : ai-je le droit de ne pas participer à une réunion d'équipe ou de coopérer avec tel ou tel membre du personnel ? Puis-je participer à un projet partenarial ? De plus, la délimitation entre le dedans et le dehors est utilisée par certaines organisations pour contrôler les modalités du travail avec d'autres organisations. De même, selon les époques il peut y avoir des périodes de repli sur l'organisation ou au contraire de développement en lien avec d'autres. Autrement dit, le choix de travailler avec d'autres organisations relève souvent de la stratégie globale et non de la seule décision du salarié. Sur le principe, ce critère n'est pas très compliqué à utiliser. En pratique il l'est beaucoup plus dans la délimitation de l'organisation. Est-ce que tous les services d'un Conseil général font partie d'une même organisation ? Est-ce que tous les établissements ou services d'une grande association constituent une même organisation même si, juridiquement, ils relèvent bien de la même entité.
- Les statuts : selon les organisations, des personnes de statuts différents sont amenées à devoir travailler ensemble ; il y a tout d'abord les salariés et ceux qui ne le sont pas. Ces derniers peuvent être des élus (politiques ou associatifs), des volontaires ou bénévoles, des usagers, des habitants ou des parents. Parmi les salariés, on peut trouver les professionnels (qui appartiennent à une profession sanitaire ou sociale – voire, dans certains cas, une quasi profession) et des non professionnels (administratifs, intervenants sociaux, ...). Ces statuts distincts et les attributs qui y sont liés (culture professionnelle, appartenance à un ordre, éthique,

déontologie...) vont compliquer au quotidien ce qui pourrait sembler aller de soi : travailler ensemble au bénéfice de la personne. Les organisations ont elles-mêmes des statuts distincts qui favorisent ou non le « travail ensemble » (par exemple une association locale et une association nationale, une association de droit privé et un service public...).

- Les relations : le troisième élément repose sur le contenu de la relation entre les partenaires (au sens générique du terme). Cela amène à se centrer sur la question du pouvoir au sens de « *la capacité de A d'obtenir que, dans sa relation avec B, les termes de l'échange lui soient favorables* »¹¹. La gamme de ces relations peut aller de la toute-puissance à la coproduction ou la coopération. Dit autrement, c'est l'analyse de la relation et la contribution de chacun à ce qui est fait ensemble qui permettent de qualifier la relation et non pas l'intention initiale : « je fais du partenariat » ... Cela peut permettre aussi de distinguer ce qui serait de la simple relation formelle, « j'ai rencontré les parents à la sortie de l'école », d'un effectif « travail ensemble ».

2.2. Le « travail ensemble » intra organisationnel

Qu'en est il du « travail ensemble » au sein des organisations aujourd'hui ? Les formes historiques du travail d'équipe, pluridisciplinaire ou pluri-professionnel n'ont pas disparu. Elles peuvent cependant être affectées par les transformations de l'action sociale. Les nouvelles structurations de certaines organisations (les territoires dans les Conseils généraux par exemple) viennent modifier les modalités du travail d'équipe. Les nouveaux organigrammes en pôles, territoires, multiplient les appartenances, les occasions de réunion et brouillent la référence précise à une équipe. Pour des raisons de taille, l'équipe devient difficile à réunir, les réunions se consacrent de plus en plus aux informations descendantes et de moins en moins au travail en équipe. Quand dans le même temps, les managers cherchent à contrôler davantage le temps de travail et à augmenter la productivité, les réunions sont souvent vues comme de pertes de temps. Il faut souligner aussi que ce travail d'équipe peut être en partie externalisé. Par exemple l'analyse des pratiques¹² qui relevait hier de l'interne, sous la responsabilité du psychiatre ou du psychologue, recourt de plus en plus à un tiers et le placent dans le registre de la formation. En résumé, le travail d'équipe dont la nécessité ne peut être

¹¹ BERNOUX, P. *La sociologie des organisations*. Seuil, Points, 1995, p 129.

¹² FABLET, D. (Dir). *Intervenants sociaux et analyse des pratiques*. L'Harmattan, 2008, 180 p.

remise en cause au regard de l'évolution des problématiques des usagers et des territoires, ne constitue pas une priorité dans les formes actuelles de gouvernance. Pour autant, la question de l'aide aux aidants reste entière, nous y reviendrons.

Dans le même temps, les organisations sont de plus en plus contraintes – du moins pour celles qui n'avaient pas cette dimension dans leur culture– de travailler avec les usagers, les habitants, les familles, les parents ...C'est un euphémisme que de dire que cela ne va pas de soi. La mise en place des instances de représentations des usagers (aujourd'hui les « Conseils de la vie sociale » dans les structures sociales et médico-sociales) en est un bon exemple. Paul DURNING¹³ a défini ce travail de la manière suivante: « *le partenariat est conçu comme l'association des parents et des intervenants dans la prise de décisions éducatives, dans une relation d'égalité et de reconnaissance réciproque d'expertise, de ressources et de compétences. Dans ce contexte, la coopération est entendue comme le partage de responsabilités après la prise de décisions* ». Sur cette base, il reste du chemin à parcourir.

2.3. Le « travail ensemble » inter organisationnel

Ce travail entre plusieurs organisations recouvre plusieurs formes qu'il faut bien distinguer :

- La relation de contrôle : dans le système social français la distinction entre la collectivité publique qui détient, de par la loi, la compétence, au sens juridique du terme, et l'organisation qui met en œuvre cette compétence sur le terrain, est fondamentale. De ce fait, les nombreuses associations, voire entreprises privées aujourd'hui, doivent, pour agir, en passer par des procédures d'autorisation, d'agrément ou d'habilitation. Par suite, les collectivités publiques sont dans une position de contrôle. Ceci induit un type d'interactions particulières entre des organisations dont l'une a la charge du contrôle de l'autre. Ce qui nécessite de bien distinguer le contrôle du suivi et de l'évaluation : « *le contrôle juge en fonction de critères connus et clarifiés à l'avance (enveloppes budgétaires, textes réglementaires, normes professionnelles). Le suivi juge en fonction d'objectifs opérationnels à réaliser.*

¹³ Le partenariat : éléments introductifs, sémantiques, historiques et stratégiques in A.P.F. *La personne handicapée, sa famille, les professionnels : quel partenariat ?* Actes des 12^e journées d'étude, janvier 1999.

Au contraire, l'évaluation doit le plus souvent commencer par choisir ses critères de jugement ; ceux-ci sont formulés à partir des objectifs de l'action publique évaluée »¹⁴. Dans cette perspective, il est plus que discutable de parler de partenariat. L'un a mandat sur l'autre et de ce fait, détient une autorité qui induit un certain type de relation.

Les deux relations qui suivent sont récentes et pas forcément pensées comme telles dans le champ social. Néanmoins leur identification et leur définition peuvent contribuer à clarifier ces formes du « travail ensemble ».

- La relation de sous-traitance: elle est rarement désignée comme telle dans la mesure où ce terme fait référence à l'industrie et ne fait pas partie du vocabulaire du champ social. Néanmoins, les situations se multiplient où des organisations deviennent sous-traitantes d'une collectivité publique (Etat, ville...) ou d'une association dans le cadre de pratiques d'externalisation. Le cadre est fixé par avance, des délais sont prévus...l'organisation n'a plus qu'à réaliser - dans les termes demandés - la commande. Le sous-traitant, pour des raisons de pérennisation de sa structure et de son personnel, n'a pas vraiment le choix de faire ou de ne pas faire. Ce cas de figure n'est pas étranger aux milieux de la formation : on va sous traiter à un autre organisme la réalisation de tel module. Ce modèle se retrouve dans la relation entre les centres de formation et le terrain de stage. Ici l'organisation n'a pas grand choix à faire : c'est à prendre ou à laisser. Il y a très peu d'initiative de la part du sous-traitant. Plus classiquement, c'est aussi une forme utilisée dans les milieux du travail, qu'il s'agisse du travail protégé, où les ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail) sont de longue date des sous-traitants d'entreprises, au sein de leurs propres ateliers, ou de l'entreprise donneuse d'ordre ; ou dans les dispositifs de l'insertion par l'activité économique.
- La relation de prestation : Cette relation, récente également, s'inscrit dans une logique de prestation. Ce mode de raisonnement n'est pas ordinaire dans l'action sociale. Il consiste à appréhender la prise en charge ou l'intervention non pas de manière globale mais comme composée de différentes prestations. Dans le meilleur des cas, le projet se décompose en prestations. Par la suite, l'institution

¹⁴ IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales). Suivi, contrôle et évaluation du travail social et de l'intervention sociale, 2005.

devient le prestataire d'aujourd'hui ou, comme le dit Jacques ION¹⁵ « *on peut se demander si le dispositif ne serait pas précisément en train de prendre le relais de l'institution là où elle s'avère inefficace* ». Nous sommes loin du projet global : on décompose l'action en un nombre de prestations qui peuvent être, selon le cas, réalisées indépendamment l'une de l'autre.

Un contrat de séjour peut prendre cette forme ; de même qu'un plan d'aide pour une personne dépendante ou un projet personnalisé pour une personne handicapée. C'est aussi un mode de raisonnement très utilisé dans le champ de l'insertion et de la recherche d'emploi. Ce recours à la prestation est aussi souvent doublé d'une logique d'appel d'offres. La règle d'or ici est la mise en concurrence, prenant parfois appui sur la procédure de marché public. Prime est alors donnée à un mieux-disant économique plus ou moins mêlé de « qualité » et de « clause sociale ». La concurrence de marché est considérée comme la forme de régulation pertinente, « *c'est la spécificité même d'un service pour partie non marchand qui est déniée* »¹⁶ (ROMAN, 2008). Plus largement, comme le dit ce même auteur, « *c'est (...) un nouveau mode de gestion des associations : (...) la généralisation de la procédure de marchés publics pour les prestations associatives et leur ouverture à la concurrence* ».

Cela revient à dire que le statut du prestataire et son projet associatif ne sont pas en soi déterminants et qu'on met sur le même plan une association, un service public ou une entreprise privée. Cela veut dire aussi que, dans cette relation de prestation, l'insatisfaction du « client » peut se traduire par son départ, par la fin de la prestation, voire par le recours au code de la consommation ou à la Direction de Concurrence. Tout cela n'est, bien sûr, pas sans lien avec la marchandisation et la chalandisation évoquées par Michel CHAUVIERE¹⁷.

Le partenariat et le réseau constituent les deux autres types de « travail ensemble » inter organisationnel.

- Le partenariat : Il peut être défini de deux manières. Sur un plan général, on peut dire qu'il s'agit d' « *une relation contractuelle entre deux ou plusieurs personnes physiques*

¹⁵ ION, J. (Dir). *Travail social et souffrance psychique*. Dunod, 2005, 208 p.

¹⁶ ROMAN, J. L'Etat, les associations et le marché. *Esprit*, décembre 2008, 110-114.

¹⁷ CHAUVIERE, M. Qu'est-ce que la chalandisation ? *Informations sociales*, 152, 2009, 128-134.

ou morales concourant à la réalisation d'un projet par la mise en commun des moyens matériels, humains et financiers »¹⁸. Sur un plan plus méthodologique « (...) La démarche partenariale est fondée sur le constat par différentes parties de leur convergence d'intérêt pour le lancement d'une action, sur la reconnaissance de ces objectifs, sur l'identification des ressources que les uns et les autres sont susceptibles de mettre en commun et sur la construction de projets communs mais porteurs de significations multiples »¹⁹. Il a pu se décliner sous deux formes : le partenariat formel et le partenariat de projet (voir tableau 1).

Tableau 1 : Deux formes de partenariat.

	Partenariat formel	Partenariat de projet
1. Origine	<i>Incitation de l'Etat</i> (forme réglementaire ou non)	Volontarisme des partenaires et/ou incitation forte des institutions
2. Fonction(s)	Décloisonnement	Recherche d'une plus grande efficacité des actions impulsées
3. Modalités/ exemples	3 niveaux : - Etat : interministériel - Département ou Région : les commissions - Local : Les commissions locales	Mise en place de projets partenariaux
4. Méthodologie	Procédures	Méthodologie du projet
5. Acteurs	Collectivités publiques, Associations, entreprises, Organisme formation,....	Professionnels d'organisations distinctes
6. Effets pervers	Le partenariat de moyen devient fin. Primat du cadre sur le dispositif.	Partage de marchés Partenariat sans coopération
7. Obstacles	Absence de communication.	Absence de convergences. Implication dans les réseaux traditionnels. « Menace » .

¹⁸ Norme XS0-750 - Mai 1992..A.F.N.O.R. (Association Française pour la Norme) cité par Nelly LESELBAUM in ZAY, D. Etablissements et partenariats, I.N.R.P., 1995, p. 342.

¹⁹ BARBIER, JM. Tendances d'évolution de la formation et place du partenariat in ZAY, D. Etablissements et partenariats. INRP, 1995.

La distinction ne vise pas à définir un « bon » partenariat. Simplement, le partenariat formel généré par les dispositifs peut ne pas déboucher sur grand-chose. Dans certains cas, il peut mener au partenariat de projet. Pour qu'il se réalise, des conditions sont nécessaires. La création d'une dynamique partenariale suppose que la coopération soit organisée sur des bases durables, que le partenariat soit la source d'avantages réciproques, qu'il ait pour objet d'améliorer la compétitivité des entreprises²⁰ qui mettent en œuvre un projet commun, qu'il permette de mieux satisfaire la demande finale et enfin qu'il permette d'exploiter les synergies. En complément, il est nécessaire de préciser que le partenariat repose sur une éthique dont quatre points peuvent être mis en avant : une confiance réelle et partagée, l'acceptation de l'idée de parité, une attitude modérée et réaliste et enfin une capacité de communication propre à susciter l'adhésion de tous les acteurs²¹.

- Le réseau : il constitue une autre forme du « travail ensemble ». Cependant plusieurs déclinaisons sont possibles (tableau 2). Deux distinctions sont à faire d'entrée de jeu.

Tableau 2 : Quatre formes de réseau.

	Réseau personnel	Réseau interinstitutionnel
Réseau informel	Réseaux primaires	Carnet d'adresses
Réseau formel	Réseaux secondaires	Réseau de soins ou réseau santé-précarité ou REAAP ²²

La première distingue les réseaux selon qu'ils sont uniquement personnels ou interinstitutionnels, c'est-à-dire liés à la structure de travail du salarié. La seconde repose sur le degré de formalisation des réseaux. Cela permet alors d'identifier quatre formes. Dans le « travail ensemble », les réseaux primaires peuvent être mobilisés, notamment lorsqu'il s'agit de ceux des personnes avec lesquelles on travaille. Les réseaux secondaires constitués de l'ensemble des institutions et services mobilisables sont

²⁰ L'emploi du terme « entreprises » est lié à la source utilisée. L'ouvrage de référence porte sur le champ industriel. Néanmoins les formulations peuvent largement valoir dans le champ social.

²¹ ALTHERSON, C. De la sous-traitance au partenariat industriel. L'harmattan, 1992.

²² REAAP : Réseaux d'Ecoute d'Appui et d'Accompagnement des Parents, créés par la circulaire DIF/DAS/DIV/DPM n°99-153 du 9 mars 1999.

sollicités dans le « travail ensemble ». Le carnet d'adresses, certes personnel, constitue souvent l'outil privilégié du « travail ensemble ». Enfin depuis le milieu des années 90, se sont multipliés les réseaux formalisés et institutionnalisés. Ils se définissent de la manière suivante : « *Les réseaux de soins ont pour objectif de mobiliser les ressources sanitaires, sociales et autres sur un territoire donné, autour des besoins des personnes. Ils visent à assurer une meilleure orientation du patient, à favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et à promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux, d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale. Ils organisent un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention* »²³. La constitution d'un tel réseau est déjà en soi un projet qui prend du temps pour déboucher sur une convention et une charte de réseau.

Cette partie a permis de définir une typologie du « travail ensemble ». Elle a pour nous plusieurs usages : elle vise à distinguer des types de relations qui ne vont pas reposer sur les mêmes postures, les mêmes engagements et les mêmes méthodes. Elle vise aussi à montrer que la question n'est pas tant celle du choix dans l'absolu (qu'est-ce qui est le mieux au regard de ce que je pense être bon ou bien ?) que du repérage des logiques en présence. Elle montre aussi que le type de « travail ensemble » ne relève pas tant du statut que de l'objet de la relation et de la nature de la relation. Elle rappelle enfin que ces différents types sont d'abord et avant tout des outils et non des objectifs en soi.

Reprenons ce que nous avons dit en introduction : la logique de l'articulation et de la complémentarité est celle qui va se centrer sur les pratiques et les usagers. La logique du maintien et du développement des organisations et des professions peut venir contrecarrer cette première logique. De même, elle peut s'opposer à une logique de structuration et de restructuration du secteur. C'est la raison pour laquelle, malgré le développement de ces formes de travail ensemble, demeure la nécessité du décroisement et de la restructuration. On a donc été amené à élargir la palette du « travail ensemble ».

²³ Circulaire DGS/SQ2/DAS/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux (Bulletin Officiel n°99-49).

3. Deux nouvelles formes du « travail ensemble »

En effet depuis le début des années 2000, deux nouvelles formes de « travail ensemble » sont venues compléter la palette déjà existante. Mais comme nous l'avons indiqué dans la première partie, elles ne s'inscrivent pas dans la même logique. C'est ce que nous allons voir à travers le développement de la pratique de la liaison et de la coopération.

3.1. La liaison, une réponse au cloisonnement

S'il en était besoin, un rapport de 2007 du CSTS (Conseil Supérieur du Travail Social) nous rappelle que « *le cloisonnement entre les institutions et les professionnels des deux domaines (social et sanitaire) rend difficile sinon impossible la prise en charge globale des personnes et entraîne une discontinuité des interventions* »²⁴. Face à cela, et en complément des pratiques existantes, se sont créées des équipes de liaison. Par exemple, dans le champ de l'addictologie, des équipes de liaison et de soins en addictologie sont constituées. Elles ont notamment pour mission de « *développer des liens avec les acteurs intra et extra hospitaliers pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et de leur suivi* ». De la même manière, des équipes mobiles spécialisées seront mises en place pour favoriser l'accès aux soins et la prise en compte des besoins de santé mentale des personnes et améliorer les réponses à la souffrance psychique des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Enfin, le dernier exemple vient d'une équipe de liaison « adolescents »²⁵. Elle vise à faire une double liaison : théorique, en articulant les trois champs du somatique, du psychique et du social ; pratique en favorisant, par une équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire (psychiatre, psychologue, médecin généraliste, infirmier, éducateur spécialisé, assistant de service social et sociologue), l'établissement ou le rétablissement de liens entre les professionnels concernés par un adolescent en souffrance. Ceci ne nous semble pas loin de ce que les Québécois appellent la « médiation partenariale », mode de régulation relationnel dont le but est, d'une part de rétablir par la présence d'un tiers les

²⁴ Conseil Supérieur du Travail Social. *Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social*. Editions ENSP, rapports du CSTS, 2007, 116 p.

²⁵ ELAd08 : Equipe de Liaison Adolescents des Ardennes. Pour plus d'informations voir le site du centre hospitalier de Bel Air <http://www.ch-belair.fr/>

communications nécessaires à une meilleure entente des parties et, d'autre part, d'apaiser ou de modifier une situation jugée insatisfaisante²⁶.

Ces expériences mériteraient d'être analysées dans le détail. Relevons deux points cependant. On peut considérer a priori ces expériences comme positives dans la mesure où elles permettent de refaire du lien. Cependant elles ne doivent pas nous dispenser d'examiner plus précisément ce qui a pu produire en amont de la déliaison, voire de la déliance²⁷. En effet, comme nous l'avons montré précédemment, les formes de « travail ensemble » au sein des organisations ne sont plus forcément privilégiées, au regard des contraintes de productivité accrues. De même, si les formes volontaristes, du type partenariat ou travail en réseau, ne sont plus favorisées en externe, il devient de plus en plus difficile de faire face aux situations de plus en plus complexes. Comme dans le même temps les pratiques de négociation directe, entre collègues ou entre partenaires, se raréfient, la seule solution devient le recours au tiers et aux pratiques de médiation.

3.2. La coopération, un moyen de la restructuration

Nous l'avons évoqué dans la première partie, la coopération est aujourd'hui l'une des formes privilégiées du « travail ensemble » portée par les collectivités publiques. Avant d'aller plus loin, apportons une précision : la formulation utilisée est volontairement paradoxale. En effet dans la notion de « travail ensemble » il y a pour nous un minimum d'accords et de volontés partagées. Lorsque la coopération – terme noble et dont l'histoire jalonne celle du social – devient une injonction, cela devient très discutable. Nous ne sommes pas seul à nous interroger sur cette pratique. Marcel JAEGER relevait, en 2007, le fait qu'une circulaire sur la lutte contre la maltraitance indiquait qu'il importait de « faciliter le développement des actions de formation (...) en s'appuyant sur les groupements de coopération sociale et médico-sociale ». Michel CHAUVIERE parle lui, de « concentration quasi obligatoire des moyens associatifs dans les groupements de

²⁶ LEMAY, L. GIGUERE, R. MARCHAND, A.. La médiation partenariale en contexte intersectoriel : intervention sociale en émergence, codéveloppement professionnel et recherche. *Sociétés et jeunesse en difficulté*, 6, automne 2008.

²⁷ On peut faire référence aux travaux de Marcel BOLLE DE BAL qui parle de déliaison et de reliance. Pour l'auteur, le « système social de la modernité peut être caractérisé comme un système socio-scientifique de division et de déliaison » ou bien encore de rupture, de mouvement et non plus de stabilité. Dans ce contexte, la déliaison n'est pas en soi un problème. « La reliance est une réalité duelle, dialogique et paradoxale : avec la déliaison qui lui est toujours liée, elle forme un couple soumis à des logiques différentes et complémentaires, toutes deux nécessaires à l'existence de la vie psychique, sociale et culturelle ».

coopération ». Il évoque le passage de 33 000 associations gestionnaires à 3000 à 4000 unités à terme²⁸. Illustrons-le par exemple : l'Etat a décidé, prenant appui sur le concept d'addictions, de créer des CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), donc de supprimer les centres spécialisés en alcoologie et en toxicomanie. Dans un département les deux associations gérant chacune un centre spécialisé ont déposé un dossier d'agrément. Elles ont toutes deux été renvoyées dos à dos avec l'indication suivante : il y aura un seul centre dans votre département, *dixit* le schéma régional, déjà évoqué. Après deux ans de conflit, les deux associations tentent aujourd'hui de constituer un projet commun dans le cadre d'un Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS). Cette situation n'est pas aujourd'hui isolée, même si certains disent que « la législation n'autorise pas la puissance publique à imposer la constitution d'un GCSMS »²⁹ (VINSONNEAU, 2009).

Dans l'absolu et dans une logique d'organisation, la coopération devrait se faire sur une base volontaire partant du constat que la réussite des démarches de coopération est liée à la libre adhésion des partenaires. Elle devrait se construire sur la base d'un projet partagé, élaboré en commun. Certes, mais l'heure ne semble plus être au partenariat de projet mais à la coopération forcée, antichambre de la fusion.

Ces propos qui peuvent sembler bien pessimistes ne le sont peut être pas tant que cela. En Belgique il y a bien aussi des fusions d'écoles, des fusions de services de santé au Québec, des rapprochements forcés entre le sanitaire et le social en Suisse... Les réflexions actuelles menées en France sur les formations en travail social peuvent déboucher demain sur des phénomènes de coopération plus ou moins forcées, plus ou moins volontaires. Pour la formation d'infirmière qui vient d'être réformée en France dans le cadre d'un processus d'intégration à l'université il est demandé aux instituts d'une même région (et de même statut, privé ou public) de constituer un groupement de coopération pour contractualiser avec l'Université. Le devenir des universités pluridisciplinaires de taille moyenne est sans doute soumis aux mêmes perspectives. En tant qu'acteurs de la formation et de la recherche en intervention sociale, nous ne sommes pas à l'écart de ce mouvement.

²⁸ CHAUVIERE, op.cit.

²⁹ VINSONNEAU A. Coopération et contractualisation pluriannuelle : Quels enjeux pour la gouvernance associative ? Journée d'étude, UNIOPSS Limousin, 17 juin 2008.

En termes de formation et de recherche il y a là un vaste terrain à explorer. Dans le champ de la formation en travail social en France, on peut penser que la question est bien prise en compte dans la mesure où la plupart des référentiels de compétence des diplômes d'Etat ont consacré un domaine de compétences aux dynamiques partenariales et au travail en réseau. Certes le tout est de savoir comment se fait l'apprentissage aux diverses formes du « travail ensemble » en articulation avec les autres apprentissages. Il serait pour le moins contradictoire qu'on les développe et qu'ils soient de moins en moins pratiqués dans les sites qualifiants. De même, il nous faut être vigilant au fait que la construction des identités professionnelles ne doit pas demain constituer le premier obstacle au « travail ensemble ».

Bibliographie

- ALTHERSON, C. *De la sous-traitance au partenariat industriel*. Paris, L'harmattan.1992.
- AUTES, M. *Les paradoxes du travail social*. Paris, Dunod, 1998.
- BOLLE DE BAL, M. « Reliance, déliance, liance : émergence de trois notions sociologiques ». *Sociétés*, n°80, 2003, 99-131.
- CHAUVIÈRE, M. « Qu'est-ce que la chalandisation ? », *Informations sociales*, 152, 2009, 128-134.
- CHOPART, JN. *Les mutations du travail social*. Paris, Dunod, 2000, 303 p.
- Conseil Supérieur du Travail Social. *Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social*. Editions ENSP, rapports du CSTS, 2007, 116 p.
- DONZELOT, J. « Le social du troisième type » in DONZELOT, J (Dir). *Face à l'exclusion*. Editions esprit, collection société, 1991, 15-39.
- DURNING, P. « Le partenariat : éléments introductifs, sémantiques, historiques et stratégiques » in A.P.F. La personne handicapée, sa famille, les professionnels : quel partenariat ? *Actes des 12^e journées d'étude*, janvier 1999.
- EPSTEIN, R. « Gouverner à distance. Quand l'Etat se retire des territoires », *Esprit*, novembre 2005.
- FOURDRIGNIER, M. « Partenariat et droits des usagers », in Ministère de l'Education Nationale, D.L.C., MAFPEN Créteil, Paris, Versailles, CNRSMS. Actes du colloque Précarité et action sociale. Paris, 1996, 71- 76.
- HAMZAOUI, M. *Le travail social territorialisé*. Editions de l'université libre de Bruxelles, 2002, 189 p.
- IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales). Suivi, contrôle et évaluation du travail social et de l'intervention sociale, 2005.
- ION, J. (Dir)., *Travail social et souffrance psychique*. Dunod, 2005, 208 p.

LEMAY, L. GIGUERE, R. MARCHAND, A. La médiation partenariale en contexte intersectoriel : intervention sociale en émergence, codéveloppement professionnel et recherche. *Sociétés et jeunesses en difficulté*, 6, automne 2008.

ROMAN, J., « L'Etat, les associations et le marché », *Esprit*, décembre 2008, 110-114.

VINSONNEAU A. (2008), Coopération et contractualisation pluriannuelle : Quels enjeux pour la gouvernance associative ? Journée d'étude, UNIOPSS Limousin, 17 juin 2008.

Annexe : Textes de référence

Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Circulaire du 14 décembre 1988 relative à la mise en place du R.M.I. (Journal Officiel du 17 décembre 1988 p. 15 794).

Circulaire DH/E04-96/557 du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipes d'alcoologie hospitalières de liaison.

Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (article 73 accès aux soins).

Circulaire DIF/DAS/DIV/DPM n° 99-153 du 9 mars 1999 relative aux réseaux d'écoute d'appui et d'accompagnement des parents.

Circulaire DGS/SQ2/DAS/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux (Bulletin Officiel n° 99-49).

Circulaire DH/EO2/DGS/2000/182/ du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie.

Circulaire DHOS/O2 - DGS/SD6B n° 2000/460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins. J.O. du 5 mars 2002, p 4118 (voir notamment le chapitre 5 du titre III, article 84).

Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en oeuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie

Circulaire DIF/DGAS/2B/DESCO/DIV/DPM/ n° 2006/65 du 13 février 2006 relative aux Réseaux d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents, REAAP

Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité.

Décret n° 2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale, pris pour l'application de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles et modifiant ce code (partie réglementaire)

Circulaire DHOS/O3/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM.

Circulaire DHOS/O2/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées ».

Instruction ministérielle n° DGAS/5D/2007/309 du 3 août 2007 relative à la mise en place des groupements de coopération sociale et médico-sociale.